

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaalialan koulutusohjelma / sosiaalinen kuntoutus

Teemu Hyppänen

OMAISTEN KOKEMUKSIA PROSPECT-VERTAISTUKIRYHMÄSTÄ

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaaliaala

HYPPÄNEN, TEEMU

Opinnäytetyö

Työn ohjaaja

Toimeksiantaja

Toukokuu 2012

Avainsanat

Omaisten kokemuksia Prospect- vertaistukiryhmästä

42 sivua

Lehtori Pirjo Ojala

Omaiset Mielenterveystyön Tukena Päijät - Hämeen

Yhdistys ry

Prospect, mielenterveys, vertaistuki, omaiset,
toimintakyky, arjenhallinta, kokemustieto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda esiin uutta tietoa Prospect-koulutuksesta. Lisäksi tutkimuksella pyrittiin löytämään mahdollisia ongelmakohtia koulutuksen rakenteesta.

Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen tapaustutkimus. Aineiston keruumuotona on käytetty haastattelulomaketta ja teemahaastattelumenetelmää, joka toteutettiin tallentamalla yksilölliset teemahaastattelut. Aineisto koostuu kolmesta haastattelusta ja kolmesta kyselylomakkeesta. Aineiston analyysi käsittelee haastatteluaineiston. Tutkimuksen luotettavuutta on lisätty kirjoittamalla auki tutkimuksen kulku mahdollisimman tarkasti ja selkeästi.

Aineistosta käy ilmi, miten omaiset ovat Prospect-koulutuksen kokeneet. Myös ryhmän toimivuus ja siihen vaikuttavat tekijät esiintyvät tutkimuksessa ja niistä saa kuvan, kuinka hyvin ryhmä toimii.

Aineiston tuloksista voidaan päätellä, että Prospect-koulutus on toimiva kokonaisuus ja auttaa ihmisiä, joiden läheisillä on mahdollisia mielenterveysongelmia. Tutkimuksesta voidaan myös päätellä erityinen kohderyhmä, jolle ryhmä soveltuu parhaiten. Omaiset, joiden läheinen on juuri sairastunut ja asia on uusi, saavat parhaan hyödyn ryhmästä. Omaiset saavat tietoa ja opastusta selviytyä ongelmista, kun taas he, jotka ovat eläneet ongelman kanssa jo pidempään, eivät saa niin paljon uutta tietoa koulutuksesta. Tuloksista voidaan myös todeta, että yksi tärkein auttava tekijä on vertaistuki ja toisilta saatu kokemustieto.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Social Care

HYPPÄNEN, TEEMU

Bachelor's Thesis

Supervisor

Commissioned by

Relatives' experiences of the Prospect- peer support group

422 pages

Pirjo Ojala, Senior Lecturer

Omaiset Mielenterveystyön Tukena Päijät - Hämeen
Yhdistys ry

March 2012

Keywords

Prospect, mental health, peer support, relatives, ability to
function, coping with everyday life, knowledge by
experience

The purpose of this study was to bring out new information about the Prospect-education. Aim of research was also to find possible problems within the Prospect-educations structure.

This study is a qualitative case study. When collecting material an interview form and theme interviews were used as collecting method. Material consists of three interviews and three inquiry forms. Material analysis consists of interview material. Reliability of the research has been improved by opening the course of research as accurately and clearly as possible.

Material shows how relatives experience the prospect-education. Also functionality of the group and everything related to is shown at the research. They give an image how well the group works.

According to the results, we can conclude that Prospect-education is a working entirety and helps all those who have people with mental illness nearby. Research also concludes that there is a focused target group that the education is most suitable for. Those who have someone nearby who has just been diagnosed for mental illness benefit the most from the education. Relatives will receive knowledge and guiding to cope with the problems. Those who have been living longer with the problem will not have so much new information from the education. Results of the research also shows that one of the most helping factor is peer support and the knowledge received from others in the group.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	PSYKKISESTI SAIRASTUNEEN OMAISET	6
2.1	Omaiset ja perhe	6
2.2	Sairauden vaikutukset omaisiin	8
2.2.1	Omaisten suhtautuminen	8
2.2.2	Omaisten tarpeet	11
2.2.3	Perhesuhteiden muuttuminen	12
2.2.4	Omaisten sopeutuminen	13
2.2.5	Omaisten riski sairastua	14
2.3	Omaisten toimintakyky	15
2.4	Omaisen voimaantuminen	16
3	VERTAISTUKI	17
3.1	Mitä on vertaistuki?	17
3.2	Vertaistuen merkitys	20
3.3	Psyykkisesti sairastuneen omaisten vertaistuki	21
3.4	Kokemustiedon merkitys vertaistuessa	21
4	PROSPECT-KOULUTUSOHJELMA	25
4.1	Mikä on Prospect-koulutusryhmä?	26
4.2	Prospect-koulutuksen jatkuvuus	29
5	TUTKIMUKSEN KULKU	29
5.1	Tutkimuksen tarkoitus	30
5.2	Tutkimusmenetelmät	30

5.3 Kohdehenkilöt ja aineiston hankinta	31
5.4 Aineiston laatu	32
5.5 Aineiston purkaminen	32
5.6 Aineiston analysointi	33
6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA YLEISTETTÄVYYS	34
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	35
7.1 Ryhmässä osallistuminen	35
7.1.1 Haastattelulomakkeet	35
7.1.2 Teemahaastattelu	36
7.2 Ryhmän vaikutukset arjenhallintaan ja toimintakykyyn	36
7.2.1 Haastattelulomakkeet	36
7.2.2 Teemahaastattelu	37
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	38
9 POHDINTA	39
LÄHTEET	41

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tekeminen lähti kiinnostuksesta mielenterveyskuntoutujia ja heidän omaisiaan kohtaan. Olen aina ollut kiinnostunut mielenterveyskuntoutuksesta ja olen kokenut, että alalla pitäisi kehittää omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä. Minulla ei ollut paljon kokemusta omaisten kanssa tehdystä työstä, joten näin ollen päädyin kyseiseen aiheeseen ajatellen, että se antaisi minulle uusia näkökulmia oppimista varten.

Yhteistyötaho löytyi koulun kautta, kun Päijät-Hämeen Omaiset Mielenterveystyön Tukena ry kävi esiintymässä meille koululla. Yhteistyötahoksi muodostui kyseinen yhdistys ja yhteyshenkilöksi Kouvolan Prospect-ryhmien ohjaaja Anneli Haven.

Työni oli rajattu käsittelemään omaisia, jotka ovat olleet Prospect-koulutuksessa. Iällä ja sukupuolella en nähnyt olevan merkitystä, joten jätin kyseiset tiedot pois tutkimuksesta. Tutkimukseni tavoitteena oli tuoda uutta tietoa Prospect-koulutuksesta ja selventää, millä tavoin ryhmä vaikuttaa omaisiin. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös tutkia miten omaiset kokevat ryhmässä olemisen.

Prospect-koulutusohjelmasta ei ole tehty paljon tutkimusta Kouvolan alueella, joten näin ollen tutkimus oli myös otollista toteuttaa. Toimeksiantajani halusi uutta tietoa ryhmästä ja sen mahdollisista vaikutuksista omaisiin.

Opinnäytetyön teoria rakentui Prospect-koulutuksesta, sekä omaisia koskevista asioista. Koin, että oli tärkeää selventää teoriassa, mitä Prospect-koulutus sekä omaisena oleminen tarkoittavat. Käsittelin myös vertaistukea ja kokemustietoa, koska ne ovat olennainen osa Prospect-koulutusta. Myös toimintakyky ja elämänhallinta olivat tärkeitä teoriani kannalta, koska ne olivat asioita joihin koulutus mahdollisesti vaikuttaisi.

2 PSYKKISESTI SAIRASTUNEEN OMAISET

2.1 Omaiset ja perhe

Käsite *omainen* kattaa kaikki ne henkilöt, joita psyykkisesti sairastuneen mielenterveysongelmat koskettavat. Tämä voi olla kuka tahansa, joka on tuntenut tai

ollut tekemisessä henkilön kanssa, joka kärsii mielenterveysongelmista. (Prospect koulutusohjelma 2004, 6.)

Perhe voidaan määritellä perinteiseksi ydinperheeksi (isä, äiti ja lapset), monen sukupolven perheeksi, uusperheeksi, pienperheeksi, yksinhuoltajaperheeksi tai samaa sukupuolta olevien perheeksi. Perhe on myös aina erilainen, koska se voidaan nähdä myös perheen eri jäsenten kautta. Perheyhteisön kaltaisia ryhmiä voi myös syntyä ihmisten omien valintojen kautta, vaikka lain mukaista sukulaisuutta heillä ei keskenään olekaan. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 122.)

Perhe voidaan myös määritellä sen tehtävien kautta. Kun mietitään hoivan ja hoidon järjestämistä, niin perhe koetaan keskeisenä tekijänä. Perheenjäsenten fyysisestä hyvinvoinnista ja ympäristöstä huolehtiminen, puhtaus, vaatetus, ruoka ja asuminen kuuluvat näihin asioihin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 122).

Perheellä on emotionaalinen tehtävä tunteiden vastaanottajana ja säätelijänä, lohduttajana, rakkauden ja läheisyyden antajana ja vastaanottajana. Elämän sisällön tarjoaminen kuuluu osaltaan perheen tehtäviin sekä mielekkyyden, elämänlaadun ja onnellisuuden tarjoaminen. Perheellä on ryhmänä mahdollisuus kehittyä ja oppia kokemuksista, sekä tunnistaa perheen sisäisiä ristiriitoja ja oppia käsittelemään niitä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 122.)

Yksilön sosiaalisen tuen lähteet voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään, ensimmäisessä ryhmässä on perhe ja ystävät. Toisessa ryhmässä on tukiverkoston jäsenet, joiden kanssa ollaan vähemmän tekemisissä, kuin ystävien ja perheen kanssa. Vertaisryhmien jäsenet ja vertaiset kuuluvat kolmanteen ryhmään. Vertaistukijat ja vertaiset ovat osa yksilön muodostamaa ja itsensä valitsemaa sosiaalista verkostoa, koska he eivät luonnostaan kuulu sosiaalisen tuen verkostoon. (Laine, Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2010, 87.)

2.2 Sairauden vaikutukset omaisiin

Perheen ja sairastuneen terveyttä ja hyvinvointia ei voida erottaa toisistaan. Perheen terveyteen vaikuttaa muiden perheenjäsenten terveydentila, yksilön hyvinvoinnille on tärkeää, että läheiset voivat hyvin. Sanotaan myös, että perhe on oman terveytensä paras asiantuntija. Perheellä on vastuu omista valinnoistaan ja oikeus tehdä päätökset terveytensä hyväksi. Ammattilaisen tehtävä on antaa perheelle tietoa ja kertoa heille valinnoista, jotka perheen ja potilaan terveyteen vaikuttavat. Hyvän hoidon ominaisuutena pidetään perhekeskeisyyttä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 94.)

Mielenterveystyössä tänä päivänä keskeinen lähestymistapa on perhekeskeisyys. Perhekeskeisessä lähestymistavassa tulee kunkin potilaan kohdalla varmistaa, mitä perhe mahdollisesti tarvitsee ja mikä merkitys perheellä on potilaalle. Potilas määrittelee itse oman perheensä. Hoidossa keskeisenä on yksilö vaikka perhekeskeisen hoitotyön käsitteen mukaan perhettä pidetään asiakkaan taustatekijänä. Perhe otetaan huomioon esimerkiksi tiedon saamisessa perheeltä, potilaan tilan arvioinnissa, perheen auttamisessa ja tukemisessa, hoitosuunnitelman laatimisessa ja tiedottamisessa. (Kuhanen ym. 2010, 94.)

Kun yksi perheenjäsenistä sairastuu psyykkisesti, on tärkeää ottaa huomioon potilaan perhe. Potilaalle kannattaa perustella, miksi läheisen mukanaolo on tärkeää, ja potilasta tulee myös kannustaa siihen, että perhe saisi osallistua hänen hoitoonsa. Perheen mukanaolo voi riippua myös osallistumismahdollisuuksista ja perheenvälisistä suhteista. Joskus perheenjäsenet asuvat kaukana toisistaan tai heidän välinsä saattavat olla katkenneet. Tästäkin potilaan kanssa kannattaa keskustella. (Kuhanen ym. 2010, 94–95.)

2.2.1 Omaisten suhtautuminen

Psyykkiset sairaudet ovat usein pitkäikäisiä ja joskus jopa elinikäisiä. Läheisen sairastuminen on usein alku pitkälle prosessille, johon liittyy monia eri vaiheita. Aluksi omaiset yleensä tulevat tietoisiksi siitä, että läheisellä on ongelmia, jotka vaikeuttavat normin mukaisen arjen kulkua. Tässä vaiheessa omaiset eivät usein ymmärrä vielä ongelmien syytä, vaan he pyrkivät kieltämään sen, että kyseessä on psyykkinen sairaus, vaikka merkit siihen viittaisivatkin. Jossain vaiheessa tarvitaan

ulkopuolisen apua, ja tällöin ongelma nimetään psyykkiseksi sairaudeksi tai mielenterveyshäiriöksi. (Henttinen, Iija & Mattila 2009, 147.)

Kun läheinen sairastuu psyykkisesti, omaiset kokevat sen usein kriisinä, äkillisenä suurena muutoksena usealla elämänalueella. Kriisi koskettaa sairastunutta itseään, mutta myös hänen läheisiään ja sosiaalista verkostoa. Tämä aiheuttaa stressiä ja paineita, sekä muutoksia arkielämässä. (Henttinen ym. 2009, 147.)

Useimmiten kriisi muuttuu näkyväksi vasta kun sairastunut omainen toimitetaan sairaalahoitoon ja hänestä tulee psykiatrinen potilas. Tällainen radikaali muutos vaatii kriisityötä ja tilanteen läpikäymistä, jotta varsinainen sairaudesta kuntoutuminen ja toipuminen voisi alkaa. (Henttinen ym. 2009, 147.)

Usein perheen ensimmäiset reaktiot ovat samankaltaisia kuin reaktiot, jotka liittyvät läheisen menettämisen uhkaan. Näitä reaktioita ovat pääasiallisesti ahdistuneisuus ja suru. Perhe pelkää, että he menettävät sairastuneen omaisen sairaudelle, ja useimmiten suru voimistuu, jos sairastunut ei toivukaan odotusten mukaisesti. Perhe vaatii selviytyäkseen paitsi emotionaalista voimaa myös käytännön taitoja ja taitojen harjoittelemista. Tätä onkin kuvattu kaksinkertaiseksi menetykseksi, koska surraan läheisen ihmisen tulevaisuutta sekä samalla surraan läheisen ihmisen muuttumista toisenlaiseksi. Surutyö saattaakin olla päättymätön, koska sairauteen liittyvät huolenpitotehtävät sekä sairauden ennustamattomuus eivät mahdollista omaisille surutyön loppuun saattamista. Pitkäaikaissairastuneen omaiset ovatkin usein huolissaan siitä, miten sairastunut pärjää, kun omaisia ei enää ole. (Henttinen ym. 2009, 148.)

Perheenjäsenen psyykkinen sairastuminen vaikuttaa monella tapaa perheen jokapäiväiseen elämään aiheuttaen huolta ja murhetta. Perheeseen muodostuu usein surullinen ja hämmentynyt tunnelma sekä epätietoinen ilmapiiri (Kuhanen ym. 2010, 96). Sairastuminen herättää omaisessa monenlaisia tunteita, kuten jännitystä, huolta tulevaisuudesta, epävarmuutta, vihaa, suuttumusta, ahdistusta, masennusta ja surua. (Henttinen ym. 2009, 147.)

Omaiset tuntevat yleensä voimakasta syyllisyyttä erilaisista tehdyistä ja tekemättömistä asioista, koska he pohtivat omaa osuuttaan sairastumisprosessissa (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 184). Syyllisyyttä koetaan usein siitä, että he olisivat jollain tavalla vaikuttaneet läheisen sairastumiseen tai että he eivät havainneet

oireita ajoissa. Syyllisyyttä voi myös tuntea tilanteissa, joissa kokee suuttumuksen tai vihan tunteita eteenkin silloin, kun ei jaksu suhtautua tyynesti sairastuneen sietämättömään käyttäytymiseen. Syyllisyyttä voi myös kokea tehdessään omaa elämäänsä suojelevia ratkaisuja esimerkiksi rajaamalla niitä huolenpitotehtäviä, joista voi ottaa vastuun. (Henttinen ym. 2009, 147.)

Syyllisyyden takaa harvoin näkee, että tukea pystyy antamaan parhaiten silloin, kun itse voi hyvin. Joskus voi viedä kauankin aikaa ja vaatia paljon tietoisia ponnisteluja, ennen kuin omainen alkaa nähdä itsensä omana itsenään eikä vain sairastuneen läheisen peilikuvana. (Luodemäki, Ray & Hirstiö-Snellman 2009, 28.)

Omaiselta kysyttäessä hänen omaa vointiaan hän usein vastaa sairastuneen vointiin viitaten. Omainen elää ikään kuin sairastuneen läheisen voinnin kautta. Tämä on enemmänkin haitallista, kuin hyödyllistä sekä omaiselle että sairastuneelle. Omaisen on usein vaikea ajatella, että läheisen tukemisen ei tarvitse tarkoittaa omien tarpeiden laiminlyöntiä. (Luodemäki ym. 2009, 28.)

Omaishoitaja on henkilö, joka pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, joka vammaisuuden, sairauden tai muun erityisen avun tarpeen takia ei selviydy arjestaan omatoimisesti (Henttinen ym. 2009, 148; <http://www.omaishoitajat.fi/omaishoito>).

Omaishoitajan rooli omaksutaan usein jo olemassa olevien roolien lisäksi, ja juuri tämä tehtävien lisääntyminen tekee tilanteesta rasittavan, vaikka huolenpitoon liittyy myös positiiviset ja palkitsevat puolet. Rasituksella tarkoitetaan läheisen psyykkiseen sairastamiseen liittyviä vaikeuksia, ongelmia tai epämiellyttäviä tapahtumia, jotka vaikuttavat omaisten elämään (Henttinen ym. 2009, 148; <http://www.omaishoitajat.fi/omaishoito>.)

Hoenig ja Hamilton (1966) olivat ensimmäisiä, jotka erottelivat läheisen sairauden aiheuttamat havaittavissa olevat muutokset omaisten subjektiivisista reaktioista. He loivat käsitteet *subjektiivinen* ja *objektiivinen rasittuneisuus*. Subjektiivisella rasittuneisuudella tarkoitetaan niitä omaisten tunteita ja reaktioita, jotka liittyvät läheisen sairauteen. Objektiivinen rasittuneisuus taas viittaa potilaan ongelmalliseen käyttäytymiseen ja potilaasta johtuviin ongelmiin omaisen eri elämänalueilla. (Henttinen ym. 2009, 148.)

Perhe saattaa helposti eristäytyä, koska monesti sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen perheen ulkopuolella voi vaikeutua. Omaisten mahdollisuus vapaa-ajan viettoon vähenee, koska huolenpito vie paljon aikaa. Ennakkoluulot ja asenteet ovat vieläkin voimakkaasti esillä arkipäivän elämässä. Omaiset saattavatkin yrittää salata sairauden sukulaisiltaan ja ystäviltään leimaantumisen pelossa. Omaiset voivat yrittää ”suojata” lähipiiriään, koska he eivät halua aiheuttaa turhaa huolta ja näin ollen eivät kerro perheen elämäntilanteesta. Ystävät ja sukulaiset eivät usein tiedä, miten toimia uudessa tilanteessa ja miten tukea ystäväperhettä, mikäli he ovat tietoisia perheen tilanteesta. Perheenjäsenten kuormittuneisuus lisääntyy, kun heidän sosiaalinen verkostonsa ja sitä kautta saatava tuen määrä pienenee. (Henttinen ym. 2009, 148–149.)

Kaikesta tiedosta ja asenteiden muutoksesta huolimatta psyykkiseen sairauteen liittyy leimautumisen pelkoa, joka saattaa aiheuttaa häpeää. Perheessä saatetaan miettiä keneltä sairaus salataan ja kenelle siitä kerrotaan. Tukea antavia sukulais- ja ystävyys-suhteita olisikin tärkeää ylläpitää perheen hyvinvoinnin kannalta. (Heiskanen ym. 2011, 184.)

2.2.2 Omaisten tarpeet

Omaisilla on eri tarpeet sairauden eri vaiheissa, akuuttivaiheessa omaiset hyötyvätkin enemmän siitä, että saavat tietoa sairaudesta ja käytännön asioista (Henttinen ym. 2009, 150–151). Kun Perhe saa tietoa, se vaikuttaa myönteisesti suhtautumiseen perheenjäsentä kohtaan. Tiedon tulisi olla asiantuntevaa, perusteellista ja riittävän yksityiskohtaista. (Kuhanen ym. 2010, 97.)

Pitkään sairastaneiden omaisille merkityksellisempää voi olla tuen saaminen omaan jaksamiseen sekä kokemusten jakaminen ryhmässä. Kun perheenjäsen sairastuu, niin silloin kaikki perheenjäsenet pitäisi ottaa huomioon. Vielä tänäkin päivänä muut perheenjäsenet usein unohdetaan psykiatrisessa hoidossa. Sairastuneen sekä omaisen elämänlaatu heikentyy, jos sairastuneen hoito järjestetään ilman omaisten osallistumista ja huomioon ottamista. (Henttinen ym. 2009, 150–151.)

Perheellä voi olla myös tarve puhua peloistaan, huolistaan, epävarmuudesta läheisen terveyttä kohtaan, koko elämästä, omasta jaksamisestaan, uupumisesta ja vaikeiden

päätösten tekemisestä. Jokaisella perheellä on omanlaiset selviytymiskeinot. (Kuhanen ym. 2010, 96.)

2.2.3 Perhesuhteiden muuttuminen

Aikuisten roolijako muuttuu usein, mikäli puoliso sairastuu. Usein sairastumisen seurauksena tulee pitkiä sairauslomia, jotka johtavat siihen, että taloudellinen tilanne heikkenee. Läheisen sairastuminen saattaa myös vaikeuttaa omaisen työssäkäyntiä ja vaatia mm. työajan järjestelyjä. Samaan aikaan kun taloudellinen tilanne heikkenee sairastumisen myötä, perhe joutuu käyttämään aiempaa enemmän rahaa hoito- ja lääkekuluihin. (Henttinen ym. 2009, 149.)

Vanhemman sairastuessa lapsiperheessä se usein heijastuu perheen arkeen ja arjen sujuvuuteen. Jaksaminen on koetuksella vanhemmalla, joka on sairastunut. Lasten arkeen osallistumiseen ei enää riitä voimia, ja myös lasten valvonta saattaa vähentyä. Vanhemman mielialanvaihtelut näkyvät perheen vuorovaikutussuhteissa, perheenjäsenet voivat myös etääntyä toisistaan. (Henttinen ym. 2009, 149.)

On myös tärkeää, että psyykkisesti sairastuneen lapset otetaan huomioon. Aikuisten ongelmat huolestuttavat ja mietityttävät lapsia, ja huolet saattavat vaarantaa myös lapsen mielenterveyden. Vanhemman sairastuminen ja kodin tilanne voi pelottaa lasta, ja lapsesta saattaa tuntua pahalta nähdä vanhemman kärsivän. Lapsi saattaa myös jättää koulussa käynnin väliin siinä pelossa, että ajattelee vanhemman tekevän jotain itselleen. (Kuhanen ym. 2010, 96.)

Usein vanhemmat yrittävät suojata lapsiaan sillä, etteivät he kerro sairastumisesta. Puhumattomuus kuitenkin vain lisää lapsen tai nuoren kuormitusta ja turvattomuuden kokemusta (Henttinen ym. 2009, 149). Lapset syyttävät itseään helposti vanhemman huonosta voinnista ja tällöin tieto vanhemman sairaudesta voi helpottaa (Kuhanen ym. 2010, 96).

Lapsen sairastuminen taas koettelee puolisoiden keskinäisiä suhteita, mikä taas heijastuu sisarusten välisiin suhteisiin. Sisaruksiin kohdistuu enemmän odotuksia kuin aiemmin ja samalla he saavat vähemmän huomiota. Lapset voivat yrittää auttaa uupuneita vanhempiaan olemalla ”täydellisiä” lapsia, ja näin heidän omat tarpeensa jäävät huomiotta. Masentunut nuori voi myös tuntea itsensä katkeraksi nähdessään toisten sisarusten saavuttavan niitä tavoitteita, joita hän ei itse kykene saavuttamaan. (Henttinen ym. 2009, 149.)

2.2.4 Omaisten sopeutuminen

Toisille omaisille diagnoosin kuuleminen voi olla helpottava kokemus, kun taas toisille se voi olla järkytys. Omaiset uskovat, että ammattilaiset voivat parantaa sairastuneen ja hän voi jatkaa pian elämäänsä kuten ennenkin. Jos ongelmat kuitenkin pitkittyvät, omaiset joutuvat kohtaamaan kriisejä toisensa jälkeen sekä toteamaan, että kyse on pitkäaikaisesta ongelmasta. Tässä vaiheessa omaisen saattaakin kokea pettymystä ammattilaisten antamaa apua kohtaan, ja omaiset toteavat olevansa itse oman tilanteensa parhaita asiantuntijoita. Tässä tilanteessa omaiset ovat jo realistisempia läheisen sairastumisen suhteen, ja pyrkivät elämään niin hyvää elämää kuin kyseisessä tilanteessa on vain mahdollista. (Henttinen ym. 2009, 147.)

Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointitutkimuksessa todettiin, että erityistä tukea tarvitsevat ensi kertaa psykoosiin sairastuneen omaiset, pitkäaikaissairaana omaiset ja itse sairastumisvaarassa olevat omaiset. Tutkimuksessa löydettiin viisi erilaista toimintatapaa, joilla omaiset suhtautuvat huolenpitotilanteeseen. Tutkimuksessa omaiset luokiteltiin huolenpitotehtävien perusteella selviytyjiin, valvojiin, huolestuneisiin, mukautujiin ja aktivoijiin. (Henttinen ym. 2009, 149–150.)

Selviytyjille (44 %) oli yhteistä se, että he eivät joutuneet valvomaan läheistään tai huolehtimaan heidän arkiaskareistaan yhtä paljon kuin muut vastaajat. Selviytyjillä läheisen tuen tarve oli vähäinen ja sairastuneen toimintakyky oli suhteellisen hyvä verrattuna muihin ryhmiin. (Henttinen ym. 2009, 150.)

Valvojille (3 %) tyypillistä oli se, että he joutuivat käyttämään huomattavasti aikaansa ja voimavarojansa läheisen valvomiseen, koska heidän sairastunut läheinen oli itsemurhavaarassa (Henttinen ym. 2009, 150).

Huolestuneissa (10 %) sairaus herätti paljon huolta ja hätää, vaikka heidän sairastuneen läheisen toimintakyky oli usein melko hyvä (Henttinen ym. 2009, 150).

Mukautuneet (29 %) olivat selviytyjien ja valvojien välimaastoa. He mukautuivat tilanteeseen sairastuneen tilan mukaan. Mukautuneet olivatkin useimmiten pidempää sairastuneen omaisia. (Henttinen ym. 2009, 150.)

Aktivoijien (15 %) tilanne oli hyvin samanlainen kuin valvojien, eroavaisuutena oli se, että sairastuneen läheisellä ei ollut niin voimakkaita itsetuhoaikeita. Aktivoijat viettivät paljon aikaa sairastuneen läheisen kanssa ja usein heidän läheisen toimintakyky oli erittäin huono. (Henttinen ym. 2009, 150.)

Tyypiajattelussa ei ole kyse persoonallisista ominaisuuksista, vaan erilaisista toimintatavoista. Lähiomaisen sairastumiseen sopeutuminen vaihtelee suuresti eri omaisryhmillä. Osalla sopeutuminen jää hyvin vaillinaiseksi, osa sopeutuu osittain lähinnä alistuen tilanteeseen, ja osa omaisista sopeutuu tilanteeseen hyvin. (Henttinen ym. 2009, 150.)

2.2.5 Omaisten riski sairastua

Läheisten sairastuminen rasittaa myös omaisia ja vaikuttaa heidän terveyteensä (Kuhanen ym. 2010, 96). Mielenterveyspotilaiden omaiset voidaankin todeta kuormittavan elämäntilanteen perusteella masennuksen ja muiden sairauksien riskiryhmiin (Heiskanen ym. 2011, 194). Mikäli omaisia ei saada hoitoprosessiin mukaan heidän elämänlaatu voi heiketä olennaisesti ja riski sairastua masennukseen lisääntyy merkittävästi (Heiskanen ym. 2011, 194; Kuhanen ym. 2010, 96).

Tutkimusten mukaan psyykkisesti sairaiden henkilöiden omaiset rasittuvat psyykkisesti huomattavasti enemmän kuin muu väestö. Psyykkinen rasittuneisuus voi ilmentyä mm. aloitekyvyttömyytenä, unettomuutena tai jopa itsemurha-ajatuksina. Sairastuneiden omaisista 60 % kärsii itse psyykkisistä rasitusoireista ja lähes 40 % kliinisesti todetusta masennuksesta. Omaisten riski sairastua masennukseen onkin 2 - 3 kertaa suurempi kuin muulla väestöllä. Tutkimuksessa on voitu todeta yhtäläisyyksiä omaisen kuormittuvuudessa, riippumatta siitä, onko kyseessä affektihäiriö vai psykoosisairaus. (Henttinen ym. 2009, 148.)

Suurella osalla psyykkisesti sairastuneita on myös lapsia. Eräs tutkimus osoittaa, että erikoissairaanhoidossa olevalla psykiatrisella potilaalla, noin joka neljännellä, on alle 18-vuotiaita lapsia. Pääkaupunkiseudulla avohoidon asiakkaista joka kolmannella on lapsia. Sen lisäksi, että huolehditaan psykiatrisesta hoidosta, turvallisuudesta ja hoivasta, on tärkeää tukea lapsia niin, etteivät he kuormitu liikaa ja sairastu myöhemmin. Vaikka vanhempi olisi hoidossa, niin lapsen vaara sairastua on silti kohonnut, mikä luultavasti kertoo sekä biologisesta alttiudesta että siitä, ettei hoitoon ole kuulunut vanhemmuuden tukemista. Onkin arvioitu, että vakavaa masennusta sairastavien vanhempien lapsista 60 % kärsii psykiatrisesta häiriöstä ennen 25:tä ikävuottaan. (Henttinen ym. 2009, 149.)

On tärkeää ottaa huomioon hoitokäytäntöjen vaikutus sairastuneen läheisen elämään kun arvioidaan psykiatrisen hoidon ja kuntoutumisen laatua. Avohoidon lisääntyessä sairastuneen läheisille jää suuri vastuu sairastuneesta ja hänen arkipäivän selviytymisestään. Mikäli omaisten omasta jaksamisesta huolehditaan, he voivat toimia sairastuneen hoidon ja kuntoutuksen voimavarana. (Henttinen ym. 2009, 151.)

Perheen huomioon ottaminen koostuu pienistä asioista, kuten kutsumalla heidät esimerkiksi potilaan hoitoneuvotteluihin. Neuvotteluun osallistuvan hoitohenkilökunnan tulisi esittäytyä perheelle ja kuunnella perheenjäseniä. Perheen huomioon ottamista on potilaan voinnin muutoksista ja suunnitelmista tiedottaminen perheelle. Perheen tulisi saada kokea, että he voivat luottaa avunsaantiin, hoitaja pitää heistä huolta ja välittää sekä tekee kaiken voitavansa perheen hyväksi. Perhettä kuormittavia tekijöitä voi vähentää tukemalla läheisten ja perheen voimavaroja. Tämä lisää perheen henkistä vahvistumista. (Kuhanen ym. 2010, 97.)

2.3 Omaisten toimintakyky

Toimintakyvyllä yleensä tarkoitetaan ihmisen valmiuksia selviytyä jokapäiväisen elämän tehtävistä kotona, vapaa-aikana ja työssä. Toimintakykyä on tapana tarkastella erikseen psyykkisellä ja fyysisellä ulottuvuudella. Fyysinen toimintakyky voidaan jakaa lihaskuntoon, yleiskestävyyteen ja liikkeidenhallintakykyyn. Psyykkistä toimintakykyä kuvataan usein kognitiivisten kykyjen, kestävyiden ja psyykkisten voimavarojen pohjalta. Usein puhutaan myös sosiaalisesta toimintakyvystä, joka viittaa toisaalta ihmisen toimintaan vuorovaikutussuhteissa, toisaalta hänen

osallistumiseensa yhteiskunnan ja yhteisöjensä toimintaan. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92.)

Toimintakyvyn arviointia pidetään usein perustana sekä kuntoutuksen tulosten arvioinnille että kuntoutuksen suunnittelulle. Toimintakykyä ja sen eri osa-alueita selvitetään usein toisaalta niin sanottuna objektiivisena asiantuntija-arviona ja toisaalta yksilön oman kokemuksen pohjalta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92.)

Toimintakyky on yhteydessä moniin seikkoihin, muun muassa ikään, koulutukseen ja sukupuoleen. Ikääntymisen muutokset ilmenevät usein toimintakyvyn eri ulottuvuuksilla. Monet fyysiset toiminnot alkavat heikentyä vähitellen 65. ikävuoden jälkeen. Kognitiivinen suoristuskyky alkaa heikentyä hitaasti jo keski-ikässä, mutta sen heikkeneminen ei kuitenkaan nopeudu eläkeiässä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 93 – 94.)

2.4 Omaisen voimaantuminen

Omaisen voimaantuminen merkitsee oman elämän hallinnan tunteen palautumista. Läheisen sairastuttua omaisena olemisesta tulee usein keskeinen ihmisen minuutta ja identiteettiä määrittävä tekijä siitä syystä, että se vie niin suuren osan energiasta ja arjesta. (Luodemäki ym. 2009, 28.)

Kun puhutaan omaisten voimaantumisesta, on kyse minuuden uudelleenrakentumisen prosessista. Yleisesti voimaantuminen tarkoittaa ihmisen tunnetta omista voimavaroistaan, joiden ansiosta hän voi toimia itsenäisesti ja vapaasti. Voimaantunut ihminen tuntee tarpeensa ja tavoitteensa, näkee edessään mahdollisuuksia ja toimii ennakkoluulottomasti ja vastuullisesti. Useimmiten konkreettisimmillaan omaisen voimaannuttaminen tarkoittaa rajojen asettamista omalle jaksamiselle ja myös sairaalle läheiselle. (Luodemäki ym. 2009, 29.)

Usein rajojen asettaminen on tietynlainen käännekohta. Rajat tarkoittavat omien voimavarojen kunnioittamista sekä oman jaksamisen määrän tiedostamista. Rajat selkeyttävät myös rooleja ja vastuualueita, niin omaisen, kuntoutujan kuin

hoitotahonkin. Useimmiten rajat luovat raamit arjelle, ja tekevät arjesta hallittavampaa ja kaikkien osapuolten kannalta selkeämpää. Tällainen rajojen asettelu ja oman itsenäisyyden osoittaminen voikin olla vaikeaa sellaisessa riippuvuussuhteessa, jossa omainen ja sairastunut usein elävät. Sitä kuitenkin pidetään eräänä edellytyksenä toipumiselle, niin omaiselle kuin kuntoutujallekin. (Luodemäki ym. 2009, 29.)

Voimaantuminen on sosiaalinen prosessi, omaisen voimaantumisella sekä työntekijöiden antamalla tuella että vertaistuellä on suuri merkitys. Ymmärtäväisellä ilmapiirillä sekä kokemusten jakamisella niiden ihmisten kanssa, jotka ovat käyneet läpi samanlaisia tunteita sekä tilanteita, on merkittävä vaikutus omien voimavarojen löytämisessä ja oman hyvinvoinnin arvostamisessa. Silti voimaantumiseen tarvitaan aina ihmisen itsensä halu muutokseen sekä aloitteellisuus. Voimaa ei voi siis antaa kenellekään, mutta voimaantumiseen voi kannustaa sekä voimaantumisprosessia voi tukea. (Luodemäki ym. 2009, 29.)

3 VERTAISTUKI

Termejä vertaistuki, vertaistoiminta ja vertaisuus käytetään usein samaa asiaa tarkoittavina toistensa synonyymeina. Vertaisuus on kuitenkin laajempi käsite kuin vertaistuki. Kahden tai useamman ihmisen keskinäinen vertaisuus ei edellytä sairautta, kriisiä tai ongelmaa. Vertaisuutta voi olla ja vertaistoimintaa voi muodostua muillakin tavoilla ihmistä yhdistävien asioiden perusteella. Vertaisia voi yhdistää jokin tavallisesta elämäntilanteesta poikkeavaksi katsottu ilmiö tai samankaltaiset elämänvaiheet. Vertaistuki voidaan ymmärtää sosiaalisen tuen erityismuodoksi tai alakäsitteeksi. Vertaistuki on sellaista sosiaalista tukea, jota toisilleen antavilla on jokin yhdistävä kriisi elämässä tai muu haasteellinen elämäntilanne. (Laine ym. 2010, 86–87.)

3.1 Mitä on vertaistuki?

On lähes mahdotonta päästä yhteen ainoaan oikeaan määritelmään, kun puhutaan vertaistukitoiminnasta. (Holm, Huuskonen, Jyrkämä, Karnell, Laimio, Lehtinen, Myllymaa & Vahtivaara 2010, 13.)

Erään määritelmän mukaan vertaisryhmä on vapaaehtois pohjalta toimiva pienryhmä, jonka jäsenet tukevat toisiaan. Ryhmän jäsenillä on yhteinen tarve tai ongelma, johon

he toivovat henkilökohtaista tai sosiaalista muutosta. Ryhmä haluaa saavuttaa yhteisen päämäärän. Usein kyseessä voi olla tarve, johon julkiset palvelut eivät ole kyenneet vastaamaan. (Holm ym. 2010, 13–14.)

Toisen määritelmän mukaan vertaisryhmät kokoavat ihmisiä yhteen, joilla on samantyyppinen ongelma (esimerkiksi sairaus). Vertaisryhmässä osanottajat pyrkivät löytämään ratkaisuja ongelmiinsa ja sopeutumaan elämäntilanteeseensa ilman oman hyödyn tavoittelua ja ammattimaista apua. Ryhmän säännöt pohjautuvat yhteistyöhön, yhdenvertaisuuteen sekä henkiseen tukeen. Vertaisryhmän jäsenet kehittyvät henkisesti sekä saavat uusia kokemuksia. Myös heidän solidaarisuutensa sekä empatiakyky kehittyvät sosiaalisen tuen myötä. Ryhmän jäsenet ovat esimerkkejä toinen toisilleen siitä, miten eri tavoin ongelmia voi ratkaista. (Holm ym. 2010, 14.)

Norjalaisen tutkijan Håkan Lorentzen määritelmä vertaistoiminnasta on seuraava: Ihminen, jolla on ongelma, haluaa tulla itse autetuksi ja haluaa auttaa muita – eli vertaistoiminnassa saadaan apua ihmisiltä, joilla on keskenään samankaltainen ongelma. Vertaistoiminta perustuu vastavuoroiseen tukeen ja apuun. (Holm ym. 2010, 14.)

Yksi Norjan suurimmista vertaistukijärjestöistä Angstringen, käyttää seuraavanlaista määritelmää vertaistuesta: "Vertaistuen avulla ihminen voi tunnistaa ja löytää omat voimavaransa ja vahvuutensa sekä ottaa vastuun omasta elämästään. Ihminen pystyy paremmin tekemään itselleen myönteisiä valintoja voimaantuneena. Muutosprosessin aloittamisen mahdollistaa vertaistuen vastaanottaminen." Norjan valtakunnallinen vertaistuen ohjelma tai suunnitelma pohjautuu tähän määritelmään. (Holm ym. 2010, 14.)

Tanskalaisen tutkijan määritelmässä keskeistä on ihmisten välinen tasa-arvoinen ja vastavuoroinen tukeminen. Vertaisryhmät ovat yleensä pieniä ryhmiä, joiden jäsenillä on yhteinen tarve ja ongelma, jonka he haluavat jakaa samaa kokeneiden kanssa. Vertaisryhmässä on kyse vastavuoroisesta auttamisprosessista. Auttamisprosessissa ei ole auttajia eikä autettavia vaan tasa-arvoiset ihmiset auttavat toinen toistaan. (Holm ym. 2010, 14.)

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) määrittelee vertaistuen internetkotisivuillaan seuraavasti: "pienempi tai suurempi ryhmä, joka kokoontuu säännöllisin väliajoin vaihtamaan kokemuksia ja ajatuksia. Ryhmä muodostuu ihmisistä, jotka ovat käyneet

elämässään läpi samankaltaisia prosesseja. He saavat tukea samankaltaisten ongelmien kanssa painiskelevilta ja samassa elämäntilanteessa olevilta ihmisiltä, sekä puhumalla että kuuntelemalla."(Mitä on vertaistuki) Vertaistuessa keskeisintä on kokemus, ettei ole yksin ongelmiansa tai elämäntilanteensa kanssa ja että tulee hyväksytyksi ja kuulluksi ryhmäläisten keskuudessa. Se on vastavuoroista kokemustenvaihtoa, jossa ihmiset tukevat toisiaan. Vertaistuki perustuu samoja kokemuksia läpikäyneiden ihmisten kohtaamiseen, eikä siihen kuulu ammattiapua. Toimintaa harjoitetaan monenlaisten ”kaavojen” mukaan: ryhmä voi olla suuntautunut vaikka yhteisiin harrastuksiin tai keskusteluihin. Pääasia on, että jokainen tuntee itsensä ryhmän jäsenenä tärkeäksi ja ryhmäläiset löytävät mielekkään tavan toimia yhdessä. (Holm ym. 2010, 14–15.)

Tarkasteltaessa vertaistukitoiminnan taustaa, törmätään usein vanhaan sääntöön, jossa kehoitetaan kohtelemaan toista ihmistä niin kuin toivoisi itseäänkin kohdeltavan. (Hulmi 2004, 21.)

Hoitotieteessä vertaistuella on sidos luonnollisen hoidon käsitteeseen. Luonnollinen hoito toteutuu sosiaalisissa verkostoissa ja ihmissuhteissa huolenpitona ja hoivana. Yhteiskuntatieteissä vertaistuki ja vertaistoiminta usein yhdistetään sosiaaliseen pääoman käsitteeseen. Ihmisellä on sosiaalista pääomaa, kun hän kykenee olemaan vuorovaikutuksessa yhteisön muiden jäsenten kanssa ja kun hän on luotettu jäsen yhteisössä. (Laine ym. 2010, 86.)

Vertaistuki voidaan toteuttaa yksilöllisenä tai yhteisössä. Yksilöllinen vertaistuki koostuu pääasiallisesti kahden henkilön välisestä keskinäisestä tuesta. Yhteisöllinen vertaistuki on taas kollektiivista, ja se toteutuu vertaistukiryhmässä. Jäsenet toimivat keskenään ryhmässä kollektiivisesti yhteisten tavoitteiden mukaan. Sosiaalisen tuen sisällöistä nostetaan useimmiten esiin informatiivinen, instrumentaalinen ja emotionaalinen tuki. (Laine ym. 2010, 87.)

Vertaistuella ihmisten ongelmia pyritään ratkaisemaan tai lieventämään kokemusten ja tuntemusten jakamisella. Vertaistukiryhmässä samankaltaisten ongelmien ja elämäntilanteiden kanssa kamppailevat ihmiset kokoontuvat yhteen jakamaan kokemuksiaan ja etsimään selviytymiskeinoja. (Rissanen 2007, 170.)

3.2 Vertaistuen merkitys

Vertaistukiryhmien toimintaa on kritisoitu epäammattimaiseksi toiminnaksi, johon joudutaan tyytymään, kun oikeita ammattilaisia ei ole riittävästi. Kritiikkiin on vastattu korostamalla kokemuksista saadun tiedon merkitystä asiantuntijatietaa täydentävänä, ja jopa sitä hyödyllisempänä. Vertaiset eivät ole varsinaisesti neuvoja, opastajia eivätkä ohjaajia, mutta he voivat toimia esimerkkinä ja heiltä voi kysyä neuvoja. (Rissanen 2007, 171,173.)

Vertaistuki on koettu erityisen merkittäväksi omaisten keskuudessa ja se on välitöntä tukitoimintaa. Vertaistuki tarjoaa mahdollisuuden saada toisilta tukea, olla itse tukena toisille ja jakaa omia kokemuksia toisten kanssa. Vertaisuus onkin sama asia kuin vastavuoroisuus. (Luodemäki ym. 2009, 30.)

Vertaistuki on mielletty yhdeksi tärkeimmistä tukitoiminnan muodoista. Vertaiset ovat ainoita, jotka osaavat todella ymmärtää sitä, mitä itse muut vertaiset tuntee. Vertaistukiryhmien yksi tärkeimmistä tehtävistä on saattaa omainen tietoiseksi siitä, että hän ei ole yksin asioidensa ja tunteidensa kanssa. (Luodemäki ym. 2009, 30.)

Vertaistukiryhmäläisiä auttavat tunne ymmärretyksi tulemisesta, toisilta saatava toivo paremmasta tulevaisuudesta ja aktiivinen pyrkimys kohentaa omaa tilannettaan. Vertaisten rooli toivon välittäjinä, tuojina ja luojina nousee erityisen merkittäväksi. Toivon näkökulma on tärkeä niin kuntoutujille, kuin omaisille ja läheisille. (Rissanen 2007, 170, 173.)

Kuulemalla toisten kertomuksia voi saada käsityksen muiden suhtautumistavoista, mikä taas voi vaikuttaa omaan suhtautumiseen. Tärkeää on havaita, ettei ole ongelmineen yksin, vaan muiden kokemukset ovat hyvin samanlaisia kuin omat. Tarinoiden kuuleminen voi antaa tukea ja lisätä turvallisuuden tunnetta. (Rissanen 2007, 175.)

Koska kysymys on aina vertaisuudesta tietyn asian suhteen, niin siihen kuuluva vahva yhteenkuuluvuus voi tuottaa myös asioita, joita ei ole tavoiteltu. (Rissanen 2007, 175.)

Vertaistuen merkityksestä, tarpeesta ja vankasta asemasta tukitoimimuotona osoittavat esimerkiksi Marianne Nylundin (2000) tutkimustulokset, joiden mukaan esimerkiksi

julkisten palvelujen tarjoaminen ei vähennä vertaistukiryhmien tarvetta, koska vertaistuki on sellaista, jota ammattilaiset eivät voi tarjota. (Luodemäki ym. 2009, 30.)

Vertaistuki on eräs tuen muoto. Muita tuen muotoja ovat esimerkiksi ammatillinen tuki, ja tuki, jota voi saada perheenjäseniltä, sukulaisilta, ystäviltä ja naapureilta. (Luodemäki ym. 2009, 30.)

3.3 Psyykkisesti sairastuneen omaisten vertaistuki

Omaistoiminnassa vertainen on henkilö, jonka läheinen kärsii mielenterveyden häiriöstä. Vertaisuus muodostuu samantyyppisistä, jaetuista kokemuksista. Vertaisuuden kokemus voi syntyä, kun omainen tiedostaa, ettei ole yksin kokemustensa kanssa tai kun hän kohtaa toisen omaisen. Vertaisuuden kokemusta vahvistaa usein elämäntilanteen samanlaisuus. Vertaisia voivat olla esimerkiksi henkilöt, joiden vanhempi sairastaa tai omaiset, jotka ovat uupuneita. (Luodemäki ym. 2009, 32.)

Omaa tilannetta voi helpottaa vaihtamalla kokemuksia muiden vertaisten kanssa. Tätä ilmiötä usein kutsutaan vertaistueksi. Vertaistuen saaminen ja antaminen edellyttää paitsi sitä, että kaksi omaista kohtaa toisensa, myös tietoista tilan antamista heidän keskusteluilleen. Tämä vaatii tarkkaavaisuutta vertaistukiryhmän ohjaajalta. Vertaistuki vähenee, mikäli ryhmän ohjaaja osallistuu paljon ryhmän vuorovaikutukseen. Vertaistukiryhmät rakentuvat pääasiallisesti vertaisten ympärille ja, siihen miten heidän vuorovaikutus toimii. (Luodemäki ym. 2009, 32.)

Vertaistukiryhmä on ryhmätilanne, jossa on mukana vähintään kaksi omaista. Ryhmässä on mahdollista kuulla ja kommentoida toisten kokemuksia, sekä kertoa omista kokemuksista. Omaisyhdistyksissä toimii useita erilaisia vertaistukiryhmiä. Vuorovaikutukseen vaikuttavat, kuinka tasaisesti puheenvuorot jakautuvat ryhmäläisten kesken ja keiden välillä keskusteluja käydään. (Luodemäki ym. 2009, 32.)

3.4 Kokemustiedon merkitys vertaistuessa

Kokemustieto perustuu ihmisen henkilökohtaisen kokemuksen kautta kertyneeseen tietopääomaan. On tärkeää muistaa, että jokainen ihminen tulkitsee ja kokee kaikki

elämänsä tapahtumat omista lähtökohdistaan. Kokemus on taitoja ja tietoja, joita ei voi hankkia opiskelemalla, vaan kokemus syntyy vuorovaikutuksesta ympäristön kanssa. (Holm ym. 2010, 21.)

Kokemuksien muodostamiseen, eli siihen miten ihmiset tulkitsevat erilaisia tietoja ja tapahtumia, vaikuttavat lukuisat sekä tiedostamattomat että tietoiset seikat, kuten aiempi elämäkokemus sekä minä- ja maailmankuva. Minäkuva on ihmisen kokemus siitä, mihin hän kykenee ja kuka hän on. Maailmankuva on puolestaan käsitys yksilön suhtautumisesta ympäröivään todellisuuteen. Onkin ymmärrettävää, että ihmiset voivat kokea samat tapahtumat eri tavalla. Tämä tekee kokemustiedosta osin hyvinkin henkilökohtaista ja subjektiivista. (Holm ym. 2010, 21.)

Vertaistuen yksi muodoista voi olla kokemustiedon jakaminen. Mikäli ihmisellä on jokin erityispiirre (sairaus, vamma tnv.), hän saattaa ainakin aluksi kokea tarvetta jakaa kokemuksiaan vertaisten kanssa. Hän voi haluta tietoa siitä, kuinka elää mahdollisimman täysipainoisesti ja ”laadukkaasti” sekä kuinka erityispiirre vaikuttaa elämään. Kokemustiedon jakaminen on ensiarvoisen tärkeää niin tiedon jakajalle kuin tukea tarvitsevalle. Se vähentää myös ei-toivottua avuttomuutta ja yksinäisyyden tunnetta uudessa elämäntilanteessa. Ihmiselle välittyy samalla tieto, että on olemassa muitakin, jotka ovat olleet tai ovat samankaltaisessa tilanteessa. (Holm ym. 2010, 21–22.)

Luottamuksellinen ja avoin vuorovaikutus ja kokemusten jakaminen vertaisten välillä, joko ryhmässä tai kahdenkeskeisesti, on parhaimmillaan antoisaa sen kaikille osapuolille. Vertaistiedon tai muun kokemustiedon jakaja antaa omalla esimerkillään toivoa siitä, että muuttuneesta tilanteesta huolimatta erityispiirteen kanssa voi selvitä. Tukea antava vertainen voi myös antaa tärkeitä käytännön neuvoja ja tietoja, jotka voivat auttaa tukea tarvitsevaa henkilöä käytännön asioiden hoidossa. Ne voivat antaa hänelle myös valmiuksia varautua esimerkiksi mahdollisiin fyysisiin ja psyykkisiin muutoksiin. Ilman kokemustietoa on mahdollista, että asianosainen hakeutuisi kenties sairaanhoidon palveluiden piiriin kysyäkseen asioista. Kuitenkaan kokemustiedon jakaminen ja kokemustieto ei sulje pois mitään apua, palvelua tai tukea, kuten lääkärissä käyntiä, vaan pikemmin täydentää erityispiirteen kanssa elävän ihmisen tukiverkkoa. (Holm ym. 2010, 22.)

Tuki ja kokemustieto ovat myös hyvin tärkeitä tiedon vastaanottajan läheisille. Tieto esimerkiksi paikasta, josta saa tarvittaessa opastusta tai tieto vertaistoiminnasta on usein tervetullutta. Tuen ja avun antamisen kautta ihminen puolestaan voi kokea olevansa hyödyksi ja avuksi toiselle ihmiselle tai useammalle ihmiselle. Tämä seikka kokemustiedon jakamisessa on hyvin merkittävää. Omista kokemuksista kertominen voi avata myös tietoa jakavalle henkilölle uusia näkökulmia tapahtumien tai asioiden uudelleen prosessoinnin kautta. Tällöin kyseessä voi olla tietynlainen oppimiskokemus omassa elämässä. Tätä voikin hyödyntää eri tavoin jatkossa. Näin ollen sekä kokemustiedon saaja että sen jakaja voivat saada paljon itselleen. (Holm ym. 2010, 22.)

Kokemustiedon jakajan pitäisi pystyä kertomaan omasta elämästään muille ilman tunnekuohuja. Tämä on mahdollista silloin, kun hän on läpikäynyt oman prosessinsa erityispiirteen kanssa elämisestä tarpeeksi hyvin. Omia reaktioita ja tunteita, joita voi tulla eteen omista kokemuksista kertoessa, ei pidä pelätä. Niiden provosointi on kuitenkin tilanteessa tarpeetonta. (Holm ym. 2010, 22.)

Nykyään ihmisen henkilökohtaista kokemustietoa arvostetaan jo paljon. Kokemustieto on tietoa, jota ei voi kirjoista lukea. Jokainen oman erityispiirteensä kanssa elävä ja kokemustietoa jakava on oman elämänsä asiantuntija. Kaikkien kokemustietoa vastaanottavien ihmisten kuitenkin tulisi muistaa sen subjektiivinen luonne. Kokemustietoa ei voi koskaan tuoda esiin ainoana totuutena, eikä sitä voi ottaa vastaan vertaillen. Toisen ihmisen kokemuspohjainen tieto on yhtä tärkeää ja yhtä luotettavaa kuin toisenkin. (Holm ym. 2010, 22.)

Mikäli kokemustiedon vastaanottaja ei ole vertainen hän saattaa ottaa helposti tiedon vastaan yleispätevänä totuutena erityispiirteen kanssa elämisestä. Tieto voidaan omaksua sitä enempää miettimättä. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että saatetaan ajatella, että ihminen puhuu asiasta yleispätevästi totta, koska on itse kokenut asian. Kokemustieto on kuitenkin yleistettävissä vain esimerkiksi silloin, kun siihen sisältyy lääketieteellistä tietoa erityispiirteestä ja sen vaikutuksista vakkapa toimintakykyyn. Muissa tapauksissa ihmisen kokemustieto ei ole välttämättä kovinkaan yleispätevää, eikä siihen tulisi kenenkään suhtautua ainoana totuutena. Tilanne on varsin haastava varsinkin silloin, kun kokemustiedon vastaanottajalla ei ole vertailupohjaa toisen vastaavassa tilanteessa olevan henkilön kertomuksesta. (Holm ym. 2010, 23.)

Kokemuksistaan kertova henkilö ei ole kaikkietävä opettaja, vaan puhuu oman henkilökohtaisen kokemuksensa pohjalta. Kokemustiedon jakajan vastuulla on korostaa vastaanottajille tai vastaanottajalle tiedon subjektiivista näkökulmaa. Hänen kuitenkin tulee auttaa vastaanottajaa soveltamaan kokemustietoa tämän omaan elämään. Lisätietoa tulee opastaa hakemaan etenkin silloin, kun tiedon jakaja nostetaan vääränlaiseen asemaan. Kokemusasiantuntijan on tärkeää miettiä, miten ja mitä haluaa omasta elämästään jakaa muille ihmisille. Kokemusten jakaminen on merkityksellistä ja tärkeää, mutta sitä ei tulisi tehdä oman yksityisyytensä kustannuksella. Kokemuksistaan kertova ihminen haluaa antaa tarvitseville mahdollisimman paljon häntä tai heitä hyödyttävää tietoa niin, että seikka voi helposti painua hieman taka-alalle. Kertoja käyttää hyödyksi omaa persoonaansa, ja vastaanottaja imee kaiken tiedon itseensä, jotta kokemustiedon jakaminen ei menisi liian henkilökohtaiseksi, on tärkeää varautua yllättäviin tilanteisiin, kommentteihin kysymyksiin. Vaikka kokemustieto on aina kuulijaa ”herättelevää” ja tarkoituksellisesti henkilökohtaista, on järkevää säilyttää henkilökohtainen alue. Se, kuinka suuri henkilökohtainen alue on ja mitä se sisältää, on hyvin yksilöllistä. (Holm ym. 2010, 23.)

Kokemustiedon vaikuttavuutta voidaan hahmottaa myös kohteena olevan yksilön tai kohderyhmän kautta. Yksilötasolla voidaan vaikuttaa sekä tietoa lisäävästi, että toimien ja asenteiden tasolla. Tämä erityisesti toteutuu silloin, kun kyseessä on ei-vertainen. Kokemustiedon saamisen kautta ajatukset toivottavasti muuttuvat avoimemmiksi ja positiivisemmiksi erilaisuutta ja eri erityispiirteitä kohtaan. Silloin, kun kuulijoita on tarpeeksi paljon ympäröivän yhteisön suhtautuminen erilaisuuteen voi muokkaantua. Ryhmätasolla kokemustiedon jakaminen esimerkiksi kohderyhmälle, joka koostuu opiskelijoista voi antaa eväitä heidän tulevaa työuraansa varten. He voivat saada tietoa vaikka siitä, millaista on hyvä kohtaaminen terveydenhuollossa tai muussa asiakaspalvelutyössä. He voivat kuulla myös kokemusasiantuntijan ajatuksia yhteiskunnan toimimattomuudesta ja sen toiminnasta. Jos esiin nousseista asioista edes osa siirtyy ihmisten kanssa käytännön ajatuksiin ja toimintaan, on ”tavoite” saavutettu. (Holm ym. 2010, 23.)

4 PROSPECT-KOULUTUSOHJELMA

Prospect-koulutusohjelma on syntynyt eurooppalaisen yhteistyön tuloksena. Se tarjoaa uudenlaisia työkaluja vertaisryhmätoimintaan ja ryhmien ohjaajat ovat vertaisia. Sitä hallinnoi Euroopan omaisjärjestöjen liitto EUFAMI, joka myöntää lisenssejä ohjelman käyttöön, sekä valvoo sen toteutusta. Yhdistykset raportoivat kurssien toteuttamisesta EUFAMille. (Luodemäki ym. 2009, 65.)

EUFAMI (The European Federation of Family Associations of People with Mental Illness) edustaa eurooppalaisia vapaaehtoisjärjestöjä, jotka toimivat mielenterveysalalla. EUFAMIn tarkoitus on edistää mielenterveyskuntoutujien, heidän omaistensa ja läheistensä hyvinvointia sekä etuja, jonka takia EUFAMI käynnisti myös PROSPECT-koulutushankkeen. (Prospect-koulutusohjelma 2004)

Prospect-koulutusohjelma on hyödyllinen omaisille, mielenterveyskuntoutujille ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. Koulutuksen tavoitteena on lisätä omaisten ja kuntoutujien työllistymis-, kouluttautumis- ja osallistumismahdollisuuksia ja edistää heidän kuntoutumis-, toipumis- ja selviytymismahdollisuuksiaan sekä antaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille valmiuksia uudenlaisiin lähestymistapoihin työskennellä omaisten ja kuntoutujien kanssa. Lisäksi pyritään tunnistamaan ja poistamaan kyseisten ryhmien viestinnän esteitä ja näin parantamaan keskinäistä vuorovaikutusta. (Luodemäki ym. 2009, 65.)

Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry ja Hyvän mielen talo ry ovat järjestäneet ja kehittäneet Prospect-koulutuksia, sekä Prospect-ohjaajakoulutuksia Suomessa. Yhteistyössä muiden tahojen kanssa yhdistykset toteuttavat koulutusta osana omaa toimintaansa. (Luodemäki ym. 2009, 65.)

PROSPECT-järjestöön kuuluu 16 EUFAMI:n jäsenjärjestöä eri puolilta Eurooppaa. Koulutushankkeeseen kuuluu kolme eri kohderyhmälle tarkoitettua koulutusosiota: Siihen sisältyvät koulutusosiot mielenterveyskuntoutujille, mielenterveyskuntoutujien omaisille sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, jotka kohtaavat työssään mielenterveyskuntoutujia ja heidän omaisiaan. PROSPECT-koulutushankkeella on tarkoituksena kehittää ja edistää ammatillista koulutusta mielenterveyskuntoutujien ja heidän omaistensa yhteiskunnallisten osallistumis- ja työllistymismahdollisuuksien parantamiseksi. Hankkeessa sovelletaan verkostojen ja -yhteistyökumppaneiden

käyttämiä parhaita käytäntöjä. Lisäksi tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien valmiuksia uusiin lähestymistapoihin mielenterveyskuntoutujien ja heidän omaistensa kanssa työskentelyssä. (Prospect-koulutusohjelma 2004)

4.1 Mikä on Prospect-koulutusryhmä?

Prospect-koulutusta järjestetään omaisille, mielenterveyskuntoutujille, sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. Koulutuksesta voidaan ilmoittaa omaisille ja heidän sairastuneille läheisilleen yhdistyksen toiminnan kautta ja kohderyhmään kuuluvat otetaan ryhmään ilmoittautumisjärjestyksessä. Omaisten ja kuntoutujien ideaaliryhmäkoko on 12 henkilöä. (Luodemäki ym. 2009, 65–66.)

Koulutusohjelmien ideana on ryhmän työskentelyyn osallistuminen, eikä pelkästään tiedon jakaminen. Tarkoituksena on rohkaista osallistujia jakamaan omia kokemuksiaan ja löytämään uusia ajattelutapoja koskien koulutusta, sosiaalista integraatiota ja työharjoittelua sekä työmahdollisuuksia. Strukturoidun ryhmätyön puitteissa osallistujille esitellään ajatuksia, jotka pohjautuvat vuorovaikutusta painottaviin harjoituksiin ja hyviin käytäntöihin. (Prospect-koulutusohjelma 2004, 1.)

Prosessin taustalla on vertaisohjaajien käyttö ja kunkin Prospect-koulutusohjelmien ohjaajina on henkilöitä, joilla on omakohtaista kokemusta ko. ohjelmasta. (Prospect-koulutusohjelma 2004, 1.)

Koulutus, joka on suunnattu omaisille huomioi omaisten omat, erilliset tarpeet, edesauttaa jaksamista, parantaa heidän itsetuntoa, tukee elämänhallinnan ottamista omiin käsiin ja parantaa heidän elämänlaatuaan. (Prospect-koulutusohjelma 2004, 2.)

Koulutusohjelmat koostuvat erillisistä moduuleista, jotka tekevät koulutusohjelman rakenteesta joustavan. Koulutusta voidaankin tämän takia toteuttaa kaikissa jäsenmaissa paikallisia tarpeita vastaavalla tavalla. Koulutusohjelmien sisältö on suunniteltu siten, että mukana on myös alueita, jotka usein jäävät muodollisten kurssien ulkopuolelle. Ohjaajat valitaan kulloisenkin kohderyhmän mukaan kyseenomaisen ryhmän parista. (Prospect-koulutusohjelma 2004, 5.)

Ohjelmissa painotetaan osallistujien omakohtaisia kokemuksia ja subjektiivista tietämystä sekä näiden jakamista ryhmän muiden jäsenten kanssa. Vielä onkin suuri

tarve hyödyntää sitä laajaa kokemus- ja tietopohjaa, jota on vain niillä henkilöillä, joilla on omakohtaisia kokemuksia mielenterveysongelmista. (Prospect-koulutusohjelma 2004, 5.)

Ohjelmien taustalla on ajatus, jonka mukaan sallivassa ja ymmärtävässä ilmapiirissä mielenterveyskuntoutujat ja heidän omaisensa voivat suhtautua tulevaisuuteen toiveikkaasti, he löytävät uudelleen ne kyvyt ja ne osaamisen alueet, jotka määrittävät jokaista ihmistä yksilönä sekä he saavat elämänsä jälleen hallintaan. (Prospect-koulutusohjelma 2004, 5.)

Prospect-koulutus perustuu kokemusasiantuntijuuden, sekä vertaistuen hyödyntämiseen mielenterveystyössä. Kokemusasiantuntijuutta on hyödynnetty jo suunniteltaessa koulutusohjelmia: kuntoutujat, omaiset ja ammattilaiset ovat itse kehittäneet koulutuksen sisällön omille ryhmilleen. (Luodemäki ym. 2009, 66.)

Kunkin ryhmän ohjelma koostuu jaksoista, joiden aikana ryhmä tekee harjoitteita ja käsittelee tiettyjä teemoja. Työmenetelminä ryhmässä käytetään yksilötyöskentelyä, pienryhmätyöskentelyä ja keskustelua koko ryhmän kanssa. (Luodemäki ym. 2009, 66.)

Kurssin sisältö ja tapa, millä se käydään läpi, on strukturoitu, sekä kurssilla edetään suunnitellun aikataulun mukaan. Jokaisella jaksolla on oma aikataulunsa. Ohjelmaan on kuitenkin tehty jonkin verran hienosäätöä. Yhdistykset ovat esimerkiksi hajauttaneet koulutusohjelman useammalle viikolle niin, että päivittäin käydään läpi yksi jakso. (Luodemäki ym. 2009, 66.)

Omaisten koulutus kestää yhteensä 15 tuntia ja koostuu 10 jaksosta, jotka muodostavat yhden sisältökokonaisuuden. Koulutusta voidaan järjestää peräkkäisinä päivinä tai esimerkiksi 1,5 tuntia viikossa usean viikon ajan. Kuntoutujien koulutus sisältää 10 moduulia ja kestää 30 tuntia, jotka voidaan myös jaksottaa joko pidemmälle tai lyhyemmälle aikavälille. Ammattilaisten koulutusta suositellaan jaettavaksi kahdelle päivälle, koska se kestää vain 10 tuntia. Kaikille ryhmille on sama yhteinen osio, joka kestää 5 tuntia. (Luodemäki ym. 2009, 66.)

Omaisille suunnattu Prospect-koulutusohjelma auttaa omaisia parantamaan selviytymisvalmiuksia, lisää itseluottamusta, edesauttaa elämänhallintaa ja parantaa

elämänlaatua. Tähän pyritään esimerkiksi oppimalla kohtaamaan menetys ja suru, oppimalla selviytymiskeinoja, huolehtimalla omista voimavaroista ja jaksamisesta ja oppimalla tunnistamaan ja hallitsemaan stressiä. (Luodemäki ym. 2009, 67.)

Omaisten koulutuksen sisältö muodostuu seuraavista jaksoista:

Moduuli 1: Aloitus ja tutustuminen

Moduuli 2: (Mitä) Olemme oppineet psyykkisistä sairauksista!

Moduuli 3: Paineiden tunnistaminen

Moduuli 4: Stressin tunnistaminen ja sen olemassaolon myöntäminen

Moduuli 5: Menetyksen kokeminen ja surutyö

Moduuli 6: Aktiiviset selviytymistaidot

Moduuli 7: Kypsät selviytymistaidot

Moduuli 8: Tukiverkoston kartoitus

Moduuli 9: Muutos ja tavoitteiden asettelu

Moduuli 10: Yhteenveto, katse tulevaisuuteen

(Prospect koulutusohjelma 2004)

Vaatimuksena Prospect –ryhmän vetäjälle on ainoastaan se, että hän on itse omainen, mielenterveyskuntoutuja tai ammattilainen, riippuen siitä, mitä ryhmää tulee ohjaamaan. Hänellä tarvitsee myös olla takana Prospect-ohjaajakoulutus. Ensimmäistä ryhmää olisi hyvä ohjata kokeneemman ohjaajan kanssa. (Luodemäki ym. 2009, 67.)

Prospect-koulutukset pitäisivät olla ryhmäläisille maksuttomia, ainoastaan koulutusmateriaalien kopioinnista järjestäjä voi periä osallistujilta pienen materiaalmaksun. Osallistujat itse vastaavat yleensä ruokailu-, matkustus- ja mahdollisista majoituskustannuksista, mikä voi rajoittaa joidenkin osallistumista. Siksi suositellaankin koulutuksen tuomista mahdollisimman lähelle osallistujia. (Luodemäki ym. 2009, 67.)

Viimeisellä ryhmäkerralla Prospect-ryhmän arviointiin kuuluu koko ryhmäprosessin arviointi. Kukin ryhmäläinen tekee tämän arvioinnin täyttämällä Prospect-

palautelomakkeen. Ryhmäläiset arvioivat myös omaa oppimistaan jokaisen ryhmäkerran jälkeen itsearviointilomakkeen avulla. Usein käydään keskustelua koko ryhmän kanssa näiden yksilöarviointien pohjalta (Luodemäki ym. 2009, 67).

4.2 Prospect-koulutuksen jatkuvuus

Prospect-ohjaajakoultus antaa kiinnostavan mahdollisuuden monelle Prospect-koulutuksen käyneelle tehdä vapaaehtoistyötä. Koulutukseen on hakeutunut uusia kuntoutujia, ammattilaisia ja omaisia ja näin prospect-koulutusohjelmien avulla on saatu uusia jäseniä myös yhdistyksiin. (Luodemäki ym. 2009, 67-68.)

Oulussa ja Tampereella yhdistykset pitävät aktiivisesti yhteyttä kouluttamiinsa ohjaajiin, järjestävät heille ryhmätapaamisia kuten virkistys- ja infopäiviä ja tarvittaessa työnohjausta. Yhdistysten kouluttajat ovat käytettävissä koulutusten tiedottamis- ja suunnitteluapuna, esimerkiksi esitteiden laatimisessa. He tulevat myös tarvittaessa paikan päälle. (Luodemäki ym. 2009, 68.)

EUFAMI on kehittänyt ja omistaa Prospectin, minkä vuoksi vain EUFAMILta lisenssioikeuden saaneet järjestöt voivat toteuttaa Prospect-toimintaa. Kaikista toteutuneista Prospect-ryhmistä raportoidaan EUFAMille. (Luodemäki ym. 2009, 68.)

Koulutusohjelma on järjestetty niin, että se mahdollistaa kunkin maan tai alueen paikallisten tarpeiden huomioon ottamisen toteutuksessa. Koulutukseen sisältyy sellaisia sisältöalueita, jotka usein puuttuvat muista koulutusohjelmista. Vertaisohjaajat toimivat ohjaajina eri osioissa seuraavasti: mielenterveyskuntoutujille suunnatussa osiossa ohjaa henkilö, joka on itse mielenterveyskuntoutuja, omaisten osiossa ohjaa henkilö, joka on itse omainen ja ammattilaisille suunnatussa osiossa ohjaa henkilö, joka kohtaa työssään mielenterveyskuntoutujia ja heidän omaisiaan. (Prospect-koulutusohjelma 2004)

5 TUTKIMUKSEN KULKU

Tavoitteellinen ja suunnitelmallinen tutkimus on luova prosessi eri vaiheineen, jonka yksi vaihe on tutkimusselosteen laadinta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 57). Tässä osiossa esittelen opinnäytetyöni tutkimuksen kulun. Yhteistyötahona

tutkimuksessa oli Päijät-Hämeen Omaiset Mielenterveystyön Tukena ry ja yhteyshenkilönä oli Kouvolan Prospect-ryhmien ohjaaja Anneli Haven, jonka kautta sain myös muodostettua kohderyhmäni.

5.1 Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esiin tärkeimmiksi koettuja toimintoja ja hyötyjä mielenterveyskuntoutujien omaisille suunnatuista Prospect-ryhmistä ja tutkia ryhmän vaikutusta omaisten elämään. Tutkimuksella pyrittiin tuomaan esille uusia näkökulmia Prospect-koulutuksen toimivuudesta ja tietoa siitä miten koulutus vaikuttaa mm. toimintakykyyn ja elämänhallintaan.

Prospect-koulutuksesta ei juuri ole tehty tutkimuksia, eikä tietoa sen tuomista kokemuksista ole, joten vertailukohtana ei ollut käytettävissä aiempaa tutkimusta aihepiiristä.

Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat:

- Kokemukset Prospect-ryhmässä osallistumisesta. Tällä hain vastauksia kysymyksiin, millaiset asiat koettiin hyödyllisiksi ja millä tavalla Prospect-ryhmään osallistuminen vaikutti omaisiin.
- Millä tavoin Prospect-koulutus on vaikuttanut omaisten arjen hallintaan ja toimintakykyyn.

5.2 Tutkimusmenetelmät

Valitsin kvalitatiivisen tutkimuksen, koska siinä lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, eikä satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa suositaan metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät esille (Hirsjärvi ym. 2004,155). Tutkimuksen perussääntönä voidaankin pitää sitä, että jos halutaan saada selville ihmisten ajatuksia, mielipiteitä, uskomuksia tai kokemuksia, aineistonhankintamenetelmänä kannattaa käyttää haastatteluja, kyselylomakkeita tai asenneskaaloja (Hirsjärvi ym. 2004, 185).

Tutkimusmenetelmäkseni muodostui tapaustutkimus, sillä se sopii parhaiten tutkimukseeni. Tapaustutkimuksessa pyritään ymmärtämään toimintaa ja tulkitsemaan sitä (Hirsjärvi ym. 2004, 162).

Valitsin tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi kyselylomakkeen, joka sisältää avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeisiin päädyin siksi, että halusin saada selville tutkimusjoukon kokemuksia, ajatuksia ja mielipiteitä. Kyselyn etuna on se, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto (Hirsjärvi ym. 2004, 195).

Kyselylomakkeiden vähäisen palautusmäärän takia jouduin kokoamaan lisäaineistoa tutkimukseeni tekemällä puhelimitse teemahaastattelun. Teemahaastattelulla sain lisäaineistoa, jota kaipasin. Teemahaastattelun teemat jäsentelin kyselylomakkeen rungon perusteella, jotta molemmat haastattelut käsittelevät mahdollisimman samoja asioita. Etu siihen, että tein teemahaastattelun teemat kyselylomakkeen pohjalta oli se, että molempia haastattelumuotoja oli mahdollista käsitellä samalla tavoin ja samanaikaisesti ja mahdollisesti vertaamaan niistä saatua tietoa keskenään. Teemahaastattelu oli myös hyvä valinta, koska siinä haastateltavan kokemukset ja näkemykset tulevat selkeästi esille, kun ei ole erillisiä kysymyksiä.

5.3 Kohdehenkilöt ja aineiston hankinta

Aineiston tutkimukseen päätin kerätä itse. Tutkimuksen kohdejoukko koottiin Päijät-Hämeen Omaiset Mielenterveystyön Tukena ry:n Kouvolan Prospect-ryhmistä. Osallistujia pyrittiin saamaan sen mukaan, että heillä olisi ollut mahdollisimman lyhyt aika siitä, kun ovat olleet ryhmässä. Kohdehenkilöitä oli kuitenkin vaikea saada ja osalla saattoi olla pitkäkin aika siitä, kun he olivat viimeksi olleet ryhmässä.

Suunnittelemani kyselylomakkeen lähetin 12? omaiselle, mutta kyselyyn vastasi ainoastaan kolme ihmistä. Tämän vähäisen määrän vuoksi puhelimitse toteuttamaani teemahaastatteluun osallistui lisäksi kolmea henkilöä. Siten tutkimuksen aineisto koostui yhteensä kuuden eri henkilön vastauksista kyselykaavakkeen mukaisiin kysymyksiin.

Aineiston keruuseen ja haastatteluun valmistauduin lukemalla kirjoista haastattelun perusrakenteista ja opettelemalla oleelliset asiat. Perehdyin myös etukäteen haastateltaviin yhteyshenkilöni välityksellä.

Kyselylomake lähetettiin mahdollisille vastaajille, jotka olivat ryhmässä olleet, eikä heitä valittu erikseen. Haastateltavista minulle annettiin lista, joista valitsin sattumanvaraisesti kolme henkilöä, joita haastattelin.

Kyselylomakkeeseen henkilöt saivat vastata, mikäli halusivat, ja postimaksu oli maksettu, jotta se helpottaisi kyselyn lähettämistä takaisin. Haastatteluihin kohdehenkilöiltä oli kysytty ennen haastattelua suostumus yhteyshenkilöni toimesta. Haastateltavat tavoitin puhelimella ja tein haastattelut puhelimen välityksellä. Haastatteluvälineitä en tarvinnut, koska puhelimesani oli äänitin, jolla äänitin puhelut.

5.4 Aineiston laatu

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Hirsjärvi ja Hurme (2000, 184) tuovat esille, että haastattelun laatua tulisi tarkkailla tutkimuksen eri vaiheissa. Aineiston keruun laadukkuutta voi tavoitella etukäteen tekemällä hyvän haastattelurungon. On tärkeää myös ottaa huomioon, että teemahaastattelu ei ole vain pääteemojen esittämistä vaan, teemojen syventäminen ja lisäkysymysten pohdinta on myös eduksi. Laatua voi parantaa myös haastatteluvaiheen aikana huolehtimalla teknisestä välineistöstä. Aineiston käsittelyn laatua parantaa taas se, että haastattelu käsitellään niin nopeasti haastattelun jälkeen kuin mahdollista. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184–185.)

Laatuun kiinnitin huomiota jo tutkimuksen alkuvaiheessa ja otin laatua parantavat tekijät huomioon tutkimusta tehdessäni. Aineiston laadun turvaamiseksi suunnittelin haastattelurungon tarkkaan. Päätin nauhoittaa haastattelut ja tutustuin välineistöön etukäteen, jotta laatu säilyisi. Huolellisen nauhoituksen myötä aineisto säilyy alkuperäisenä, ja aineiston käsittelyn yhteydessä nauhoituksen voi myös kuunnella useaan otteeseen.

5.5 Aineiston purkaminen

Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 138) mukaan tallennetun haastatteluaineiston purkamiseen on kaksi tapaa: aineisto kirjoitetaan tekstiksi eli litteroidaan tai aineistoa ei kirjoiteta tekstiksi, vaan päätelmiä tai teemojen koodaamista tehdään suoraan

tallennetusta aineistosta. Kun aineisto on kerätty teemahaastattelumenetelmällä, ei tarkkaan purkamiseen välttämättä ole syytä. (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 138, 141.) Päädyin siihen, että tutkimukseni kannalta litterointi ei ollut tarpeen, vaan kirjoitin auki haastatteluaineistot analysoitavaan muotoon.

5.6 Aineiston analysointi

Valitsin aineistoni analysointiin menetelmäksi sisällönanalyysin. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jonka avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tässä yhteydessä miltei mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali voi olla dokumentti, kuten haastattelu tai keskustelu. Tällä analyysimenetelmällä tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Monia tutkimuksia, joita on toteutettu sisällönanalyysimenetelmällä, on kuitenkin kritisoitu keskeneräisyydestä. Tämä johtuu siitä, että sisällönanalyysillä saadaan kerätty aineisto vain järjestetyksi, jolloin johtopäätökset jäävät tekemättä ja järjestetty aineisto esitellään ikään kuin tuloksina. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 105.)

Laadullisen aineiston sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti tai teoriaohjaavasti. Molemmat tavat voidaan ajatella kolmevaiheisena prosessina, johon kuuluvat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee aineiston ehdoilla kuten aineistolähtöinenkin analyysi. Ne eroavat siinä, miten abstrahoinnissa aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. Aineistolähtöisessä analyysissä käsitteet luodaan aineistosta, kun taas teoriaohjaavassa ne tuodaan esiin valmiina, ilmiöstä jo tiedettynä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 110–111, 116.) Analysoin aineistoni teoriaohjaavasti, sillä työssäni teoreettiset käsitteet ovat jo tiedossa. Nämä nostin tutkimuskysymyksistäni sekä teemahaastattelun teemoista.

Aineiston redusoinnissa analysoitava informaatio pelkistetään sekä aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Redusointi voi olla informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 111.) Pelkistin aukikirjoitetun haastatteluaineiston siten, että poimin tekstistä ilmaisuja, jotka kuvasivat tutkimuskysymyksiä.

Aineiston klusteroinnissa koodatut ilmaukset käydään läpi, jonka jälkeen etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Tämän jälkeen käsitteet ryhmitellään ja luokitellaan sekä nimetään niitä kuvaavilla käsitteillä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 112.) Järjestelin koodatut ilmaukset, jonka jälkeen ryhmittelin ne teemojen mukaan. Tässä vaiheessa aineistoni tiivistyi, sillä sisällytin yksittäiset tekijät yleisempiin käsitteisiin.

Abstrahoinnissa edetään alkuperäisinformaation ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin. Luokiteltu aineisto liitetään siis valmiiksi määriteltyihin teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 114, 116.) Teoreettiset käsitteet nostin tutkimuskysymyksistäni sekä teemahaastattelun teemoista.

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA YLEISTETTÄVYYS

Tutkimuksessa on aiheellista ajatella, että kaikki ihmistä koskevat kuvaukset ovat ainutlaatuisia, eikä ole kahta samanlaista tapausta, joten perinteiset luotettavuuden ja pätevyyden arvioinnit eivät tule kysymykseen. Kuitenkin kaiken tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi jollakin tavoin arvioida. (Hirsjärvi ym. 2004, 217.)

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli sen kykyä antaa ei sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.) Tutkimukseni tulokset ovat toistettavissa, sillä ne perustuvat omaisten omiin kokemuksiin. Nämä kokemukset eivät muutu ajan myötä tai tutkijan vaihtuessa. Vaikka toinen tutkija käyttäisi erilaista aineistonkeruumenetelmää, olisivat tulokset samantyylliset haastateltavien kokemuksiin perustuen. Tämä pätee kuitenkin vain valitsemalla samat haastateltavat. Tässä tutkimuksessa kuudelta henkilöltä saatu aineisto on tilastollisesti melko suppea ja siten tulosten yleistettävyyden kannalta on tuloksiin suhtauduttava varauksella.

Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.) Tämän varmistaakseni nostin haastattelun teemat suoraan tutkimuskysymyksistäni, jotta tutkimukseni näkökulma pysyisi samana koko haastattelun ajan. Lisäksi mietin syventäviä lisäkysymyksiä, joilla halusin varmistaa, että saan vastauksen tutkimuskysymyksiini.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. (Hirsjärvi ym. 2004, 217.) Tämän huomioiden olen

pyrkinyt mahdollisimman selkeästi suunnittelemaan sekä tuomaan esille tutkimuksen toteutuksen. Mielestäni tämä lisää tutkimukseni luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida pohtimalla myös tutkimuksen tiedonantajia, aineiston keruuta ja analyysia. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 135, 138.) Näihin kiinnitin huomiota jo tutkimusta tehdessäni. Tiedonantajat on valittu huolella sekä aineistoa kerätessäni huomioin luotettavuuden huolehtimalla aineiston laadusta. Olen myös mahdollisimman tarkasti kuvannut analyysimenetelmät ja sen eri vaiheet. Kuitenkin luotettavuuteen saattaa vaikuttaa se, että tiedonantajilla oli eri pituisia aikoja siitä, kun he olivat olleet ryhmässä. Joillain saattoi olla vuosi, kun taas toisilla neljä vuotta.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa päätelmiä aineistosta ei tehdä yleistettävyyttä ajatellen. Alun perin ajatuksena on kuitenkin se, että yksityisessä toistuu yleinen. Yksityistä tapausta kyllin tarkasti tutkimalla saadaan näkyviin myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi ym. 2004, 171.)

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Esittelen tutkimuksen tulokset teemoittain kahdessa osiossa: ryhmässä osallistuminen ja ryhmän vaikutukset arjen hallintaan ja toimintakykyyn. Näin tutkimuksen tulokset on mielestäni selkeintä hahmottaa.

7.1 Ryhmässä osallistuminen

7.1.1 Haastattelulomakkeet

Kyselyn perusteella jokaisen mielestä ryhmässä tärkeintä oli toisilta kuultavat kertomukset ja vertaistuki.

Kahden mielestä ryhmässä sai helposti äänensä esiin ja ohjaajat pitivät siitä kiinni, että kaikki saivat puheenvuoroja. Yksi vastaajista kertoi, että ryhmässä sai kohtalaisesti oman äänensä esiin. Yksi henkilö kertoi, että ryhmässä puhuminen oli hieman vaikeaa.

Kaikilta haastattelulomakkeisiin vastaavilta tuli selvästi esiin se, että he huomasivat, etteivät olleet yksin vaikeassa tilanteessa, vaan että muillakin oli samankaltaisia

ongelmia. Eniten esiin tulleet asiat liittyivät kokemusten jakamiseen ja toisten kokemuksista oppimiseen. Vastaajat kertoivat saavansa toivoa muiden kertomuksista. Yksi ryhmäläisistä mainitsi myös, että ryhmässä oli mukavaa, kun joka kerta käsiteltiin eri teemaa.

7.1.2 Teemahaastattelu

Kaikki kolme haastateltavaa oli sitä mieltä, että vertaistuki oli merkittävin tai tärkein asia ryhmässä. Kaksi haastateltavaa sanoi omien kokemusten jakamisen olevan myös tärkeää. Yksi haastateltava myös mainitsi, että ryhmä auttoi ymmärtämään, ettei olekaan yksin ongelmien kanssa.

Kaikki kolme olivat sitä mieltä, että ryhmässä sai hyvin oman puheenvuoron. Kahden haastateltavan mielestä ryhmän ilmapiiri oli hyvä, mainittavia asioita olivat avoimuus, yhdessäolo ja vastavuoroisuus. Yhden mielestä ryhmässä oli hieman vaikea olla, koska hän ei osannut kertoa omista asioistaan.

Kaikki haastateltavat mainitsivat ryhmissä kuulleet toisten tarinat positiivisina asioina. Jokainen tarina oli tärkeä ja jokainen tarina auttoi muita ryhmäläisiä. Yksi mainitsi myös, että ohjaajan kertomukset kantoivat eteenpäin. Tässä vaiheessa myös mainittiin se, että oli hienoa kuulla täysin toisenlaisia tarinoita ja elämäntilanteita, mutta kuitenkin kaikilla olivat samat ongelmat.

Yhden mielestä ryhmässä oli hirveän monta käyntikertaa, vähempikin olisi riittänyt, kaksi muuta taas sanoi, että kymmenen kertaa oli sopiva määrä ja että se on tiivis paketti. Yksi olisi toivonut mahdollisesti jatkoa ryhmän jälkeen, mutta ei kuitenkaan välittömästi.

7.2 Ryhmän vaikutukset arjenhallintaan ja toimintakykyyn

7.2.1 Haastattelulomakkeet

Kaikki kyselyyn vastanneet mainitsivat vaikeista asioista puhumisen helpottuneen. Vastanneet kokivat myös itsetunnon ja rohkeuden kasvaneen, mikä vaikutti vaikeista asioista puhumiseen.

Kaksi vastaajista kertoi, että ryhmä vaikutti heidän arjenhallintaan ja hyvinvointiin niin, että he oppivat ottamaan aikaa itselleen.

Kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että huolet sekä syyllisyydentunto ovat vähentyneet ryhmän myötä. Yksi vastaaja oli käsitellyt syyllisyydentunnon ennen ryhmään tuloa.

Yksi vastaajista kertoi myös, että ryhmä toimi alkusysäyksenä, hänen surutyön käynnistymiselleen. Sama vastaaja mainitsi myös sen, että ryhmästä sai työkaluja pärjäämiseen ja jaksamiseen, mutta ryhmä ei tee sitä ryhmäläisen puolesta, vaan antaa eväitä omaan työstämiseen. Yksi vastaajista kertoi itseluottamuksen kohentuneen ryhmän myötä, mikä on vaikuttanut hänen sosiaalisiin suhteisiin ja arjenhallintaan.

7.2.2 Teemahaastattelu

Ensimmäinen vastaaja kertoi, ettei itse ryhmä välttämättä vaikuttanut häneen, mutta toisten ihmisten tarinat vaikuttivat. Toisen haastateltavan mielestä ryhmä auttoi aika paljon sillä kyseisellä hetkellä. Kolmannen mielestä ryhmä taas enemmän jäsensi olemassa olevia tietoja ja antoi työkaluja omaan selviytymiseen.

Pääosin haastateltavilla arki oli pysynyt samana, toinen haastateltavista kyllä kertoi, että ryhmä oli vaikuttanut hänen arkeensa hyvällä tavalla. Ensimmäisen haastateltavan mielestä ryhmä antoi uutta toivoa, koska hän luuli olevansa yksin ongelmiansa kanssa. Tätä kyseistä haastateltavaa helpottikin kuulla, että muilla oli samanlaisia ongelmia kuin hänellä.

Toinen haastateltava huomasi, että ryhmän jälkeen muille ihmisille oli helpompi puhua ongelmista. Hänen mielestään ryhmä myös huojehti huolia ja antoi valoa eteenpäin.

Kolmannella haastateltavalla tuntui olevan niin paljon tietoa ja elämäkokemusta, että häneen ryhmä ei paljoa vaikuttanut. Ainoastaan huolet ja murheet hieman tasaantuivat.

Toisen haastateltavan itseluottamus oli kehittynyt ryhmän myötä, kun taas kolmannella se ei muuttunut mihinkään suuntaan.

Ensimmäisen haastateltavan sosiaaliset suhteet muuttuivat ryhmän myötä sillä tavalla, että hän sai ryhmästä paljon ystäviä, joiden kanssa kyseinen henkilö on vieläkin tekemisissä.

Toiselta haastateltavalta tuli enemmän asioita esille, jotka olivat vaikuttaneet hänen elämäänsä. Asioita, jotka olivat auttaneen häntä, olivat rajojen asettaminen itselle, omaan elämäänsä suhtautuminen ja se, että ryhmä pani miettimään asioita eri kanteilta ja hän pystyi suhtautumaan elämään eri tavalla.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimusaiheeseeni "kokemukset Prospect -ryhmässä osallistumisessa" sain tutkimuskysymykseeni melko yhtenäisiä vastauksia.

Omaiset kokivat ryhmässä osallistumisen merkityksellisenä ja hyödyllisenä. Tärkeimpiä asioita olivat vertaistuki, yhdessä olo ja asioista puhuminen. Muiden ongelmien kuuleminen auttoi huomaamaan, ettei ollut yksin ongelmiansa kanssa. Kaikki kokivat, että ryhmässä oli mukava olla ja ryhmän ilmapiiri oli hyvä. Kaikki myös kokivat, että ryhmässä oli helppo saada äänensä kuuluviin ja, että kaikkia kuunneltiin ryhmässä.

Toisessa tutkimuskysymyksessäni "Millä tavoin Prospect -koulutus on vaikuttanut omaisten arjen hallintaan ja toimintakykyyn?" tulokset olivat hieman ristiriitaiset. Toiset kokivat hyötynensä ja toiset vain vähän tai ei ollenkaan. Syynä näkemysten eroon näytti olevan se, että usein akuutissa vaiheessa olevat omaiset saivat enemmän hyötyä ryhmästä kuin omaiset, jotka ovat painineet ongelmien kanssa vuosia. Tiivistettynä omaiset, jotka eivät vielä tiedä mitään mielenterveysongelmista, tarvitsevat ryhmää ja saavat ryhmästä eniten irti. Omaiset, jotka ovat olleet tukijoina pidemmän aikaa, eivät välttämättä saa niin paljon ryhmältä, mutta hekin saavat jäsenneltyä omat tietonsa, mikä saattaa helpottaa heidän arkeaan. Omaiset, joiden läheinen oli juuri sairastunut, oppivat paljon arjenhallinnasta ja saivat keinoja selviytyä arjessa. Ryhmä vaikutti myös heidän toimintakykynsä merkittävästi antamalla heille itseluottamusta ja uusia näkökulmia ymmärtää läheistään. Käytännön vaikutuksista arjen elämään mainittiin ajan ottamisen ottaminen, huolten ja syyllisyydentuntojen vähentyminen, itseluottamuksen kohoaminen, ongelmista puhumisen helpottuminen, sekä sosiaalisten suhteiden parantuminen.

Tutkimuksen perusteella voi todeta, että pääosin omaiset kokevat Prospect-koulutuksen mielekkääksi ja hyödylliseksi. Koulutuksen hyöty saattaa ilmetä eri tavoin ja sen vaikutus vaihtelee omaisten välillä. Suurin merkitys koulutuksella

näyttää olevan juuri sairastuneiden läheisille. Siten koulutuksen suuntaamisessa ja siitä tiedottamisessa olisi syytä pitää heitä erityisenä kohderyhmänä.

9 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi oli minulle uusien asioiden oppimista ja syventymistä tiettyihin asioihin. Olen aikaisemmin ollut tekemisissä mielenterveyskuntoutujien kanssa, mutta heidän omaistensa kanssa en ollut tekemisissä. Tämä aihe oli minulle mielenkiintoinen, koska opin asioita kuntoutujan ja omaisten välisistä ongelmista, kuten sen miten omaiset kokevat läheisen sairastumisen, sekä miten arki sujuu kuntoutujan rinnalla.

Kun aloitin työni, minun oli hieman vaikeaa päästä aiheeseen käsiksi ja jäsenellämistä aloittaisin. Huomasin myös, että olisi ollut mieluisempaa tehdä työ parin kanssa kuin yksin, koska silloin olisi saanut toisen mielipiteen ja näkökulman asioihin eikä olisi tarvinnut miettiä asioita yksin.

Prosessissa eteneminen oli vaikeahkoa, koska aloitin työni väärin. Jälkeenpäin opin monia asioita, jotka olisin tehnyt toisin ja varmasti opinnäytetyöprosessi olisi ollut paljon helpompi.

Aluksi lähdin vain etsimään aineistoa ja kirjoittamaan, jäsentelemättä tekstiä ollenkaan. Tämä aiheuttikin sen, että jossain vaiheessa työni oli melkoisen sekava ja se viivästytti työni kulkua paljon. Työni kulkuun vaikutti myös se, että aihepiiristä oli vaikea löytää kunnollisia lähteitä. Työni aihe oli melkoisen uusi asia, eikä siitä ollut paljon eksaktia tietoa, vaan tieto piti etsiä yleisteoksista. Yleisesti ottaen Prospect-koulutuksesta ei ollut paljon tietoa saatavilla, mutta löysin kuitenkin hyvin tietoa käsitteisiin, joita minun piti purkaa.

Opin myös paljon opinnäytetyöprosessin kulusta ja tutkimusten tekemisestä. Erilaiset tietojenkeruumenetelmät olivat minulle aivan vieraita, ja niihin menikin aikaa, ennenkuin löysin omaan työhöni sopivan menetelmän.

Myös aineistonkeruu ei sujunut ongelmitta. Kun sain haastattelulomakkeet valmiiksi ja lähetin omaisille, niin ainoastaan kolme ihmistä oli vastannut kyselyihin, minkä jälkeen yhteyshenkilönikin mainitsi, että omaiset saattavat olla passiivisia vastaamaan. Näin ollen en voinut tehdä tutkimusta kolmen kyselylomakkeen perusteella, vaan minun piti saada lisää aineistoa haastattelulla. Sitten tein teemahaastattelun puhelimitse,

johon sain kolme haastateltavaa. Näistä kolmesta haastattelusta sain tarvitsemaani lisätietoa.

Haastattelun muotoa olisin näin jälkeenpäin ajateltuna voinut vielä miettiä. Olisi voinut löytyä parempi haastattelurakenne, jolla olisi voinut saada vielä enemmän irti haastateltavista.

Itse työstä opin kuitenkin paljon. Nyt ymmärrän paremmin mielenterveyskuntoutujien omaisia ja heidän arjen ongelmiaan. Uskon, että tämä työ auttaa minua tulevaisuudessa omaisten kanssa tehtävässä työssä, mikä on mielestäni erittäin tärkeää.

Aiemmin olin kokenut omaisten kanssa työskentelyn ongelmalliseksi mielipide-erojen vuoksi. Opinnäytetyön ja saamieni kokemusten perusteella uskon, että tulevaisuudessa työskentely omaisten kanssa on helpompaa, koska ymmärrän heidän käyttäytymistään paremmin.

LÄHTEET

- EUFAMI. 2004. Prospect mielenterveyskuntoutujien omaisille suunnattu Prospect-koulutusohjelma.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita
- Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. 2011. Masennus. Hämeenlinna: Duodecim.
- Henttinen, K., Iija, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Tammi.
- Hietaharju, P & Nuuttila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Latvia: Tammi
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holm, J., Huuskonen, P., Jyrkämä, O., Karnell, S., Laimio, A., Lehtinen, I., Myllymaa, T. & Vahtivaara, J. 2010. Vertaistoiminta kannattaa. Asumispalvelusäätiö ASPA.
- Prospect-koulutus. Hyvänmielentalon internetsivut. saatavissa: <http://www.hyvanmielentalo.fi/prospect.html>. [viitattu 12.1.2011].
- Omaishoito. Omaishoitajien kotisivut. Saatavissa: <http://www.omaishoitajat.fi/omaishoito> [viitattu 14.1.2012].
- Mitä on vertaistuki. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen internetsivut. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/vertaistuki1 [viitattu 13.1.2012].
- Hulmi, H. 2004. Ihminen, Vertainen. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveys hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P. 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Luodemäki, S., Ray, K. & Hirstiö-Snellman, P. 2009. Arjessa mukana -Omaistyön käsikirja. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.

Prospect-koulutushanke. Hyvän mielen talo ry:n kotisivut. Saatavissa: Luodemäki, S., Ray, K. & Hirstiö-Snellman, P. 2009. Arjessa mukana – Omaistyön käsikirja. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Mielenterveyden keskusliitto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.–3. painos. Jyväskylä: Tammi.